

Ecc.mo Consiglio regionale dell'Emilia-Romagna
Commissione Politiche per la Salute e Politiche sociali – 30 giugno 2026
Progetti di legge nn. 2663 e 140 in materia di suicidio medicalmente assistito

Le Regioni possono disciplinare il suicidio medicalmente assistito? Limiti costituzionali dell'intervento regionale dopo la sentenza n. 204 del 2025

ALESSANDRO CANDIDO

*Professore associato di diritto costituzionale e pubblico
nell'Università degli Studi di Milano-Bicocca*

A. Premessa

Ringrazio il Presidente e i componenti della Commissione Politiche per la salute e Politiche sociali dell'Assemblea legislativa dell'Emilia-Romagna per avermi dato la possibilità di formulare alcune considerazioni sui progetti di legge regionale n. 2663, di iniziativa consiliare, e n. 140, di iniziativa popolare, entrambi dedicati alla disciplina delle modalità organizzative per l'attuazione delle pronunce della Corte costituzionale in materia di suicidio medicalmente assistito.

L'oggetto del presente intervento scritto non investe primariamente il tema, certamente delicato, del fine vita, bensì una questione preliminare di ordine costituzionale: se e in quale misura una Regione possa disciplinare una materia nella quale convergono tutela della vita, autodeterminazione della persona, organizzazione del servizio sanitario e riparto delle competenze legislative tra Stato e Regioni.

Proprio sotto questo profilo il quadro ordinamentale è profondamente mutato negli ultimi mesi. La sentenza n. 204 del 2025 della Corte costituzionale, pronunciandosi sulla legge della Regione Toscana n. 16 del 2025, costituisce oggi il principale parametro interpretativo per valutare la legittimità costituzionale di ogni iniziativa legislativa regionale in materia. Essa non si limita, infatti, a decidere il caso toscano, ma individua i confini entro i quali può eventualmente esplicarsi la competenza regionale, precisando, al contempo, gli ambiti che rimangono riservati alla legislazione statale.

Le considerazioni che seguono muovono da tale presupposto metodologico. L'analisi dei progetti di legge oggi all'esame della Commissione sarà pertanto svolta non tanto nella prospettiva dell'opportunità delle scelte legislative, quanto piuttosto alla luce dei principi costituzionali in materia di riparto delle competenze, della giurisprudenza della Corte costituzionale e dell'assetto complessivo delle fonti che governano una materia nella quale risultano inevitabilmente coinvolti diritti fondamentali della persona e interessi pubblici di primario rilievo.

Muovendo da questa prospettiva, la conclusione cui si perverrà è che i progetti di legge in esame, pur presentando significative differenze quanto alle soluzioni adottate, continuano a porre rilevanti questioni di compatibilità con il quadro costituzionale delineato dalla Corte costituzionale e, in particolare, con i limiti che la stessa sentenza n. 204 del 2025 ha espressamente individuato all'intervento del legislatore regionale.

B. La sentenza n. 204 del 2025 della Corte costituzionale: una decisione che ridefinisce i confini della competenza regionale

Qualunque valutazione sui progetti di legge oggi all'esame della Commissione deve necessariamente prendere le mosse dalla sentenza n. 204 del 29 dicembre 2025 della Corte costituzionale, pronunciata sul ricorso promosso dal Governo avverso la legge della Regione Toscana n. 16 del 2025, recante "Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024".

La pronuncia assume un valore che trascende il giudizio sulla legge toscana. Per la prima volta, infatti, la Corte costituzionale non è chiamata a delimitare l'area della non punibilità dell'aiuto al suicidio, bensì a definire l'assetto costituzionale delle competenze legislative nella materia del suicidio medicalmente assistito. In questo senso, essa rappresenta la prima vera decisione "sul regionalismo del fine vita".

La sentenza costituisce oggi il punto di riferimento imprescindibile per ogni iniziativa legislativa regionale in materia di suicidio medicalmente assistito. Essa, infatti, rappresenta il primo intervento della Corte volto non già a definire le condizioni di non punibilità dell'aiuto al suicidio, bensì a chiarire quali siano gli spazi costituzionalmente consentiti all'intervento delle Regioni.

La decisione merita particolare attenzione anche perché è stata oggetto di letture non sempre coincidenti. In una prima e superficiale ricostruzione, si è sostenuto che la Corte avrebbe riconosciuto alle Regioni una generale competenza legislativa in materia di suicidio medicalmente assistito, limitandosi a censurare alcuni profili della legge toscana. Una simile interpretazione, tuttavia, non pare cogliere il reale significato della pronuncia.

La sentenza, infatti, presenta una struttura solo apparentemente favorevole all'autonomia regionale. È certamente vero che la Corte esclude l'esistenza di una preclusione assoluta all'intervento del legislatore regionale, riconducendo la disciplina organizzativa del procedimento nell'ambito della materia concorrente della tutela della salute. Tuttavia, nello stesso momento in cui afferma tale principio, la Corte individua una serie di limiti costituzionali estremamente penetranti, destinati a ridurre in misura significativa gli spazi concretamente disponibili per la legislazione regionale.

Sotto questo profilo, la sentenza può essere letta come una decisione caratterizzata da un duplice movimento. Da un lato, essa riconosce alle Regioni una limitata possibilità di intervenire sul piano organizzativo; dall'altro, riafferma con forza la competenza esclusiva dello Stato ogniqualvolta vengano in rilievo profili riconducibili all'ordinamento civile e penale, alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni ovvero ai principi fondamentali della tutela della salute.

Non è un caso che la Corte abbia dichiarato costituzionalmente illegittime proprio le disposizioni che costituivano il nucleo essenziale della legge toscana. Sono stati annullati, tra gli altri, i termini procedurali rigidi previsti per la definizione delle richieste, la possibilità di presentare l'istanza mediante delegato, la qualificazione delle prestazioni come livelli ulteriori rispetto ai LEA e, soprattutto, le disposizioni che attribuivano alle aziende sanitarie un ruolo necessario nell'attuazione del suicidio medicalmente assistito.

Quest'ultimo passaggio assume una particolare rilevanza. La Corte sembra escludere che il legislatore regionale possa imporre alle aziende del Servizio sanitario regionale un coinvolgimento necessario nell'esecuzione della procedura, ritenendo tale scelta eccedente il perimetro della competenza organizzativa. In altri termini, proprio il segmento più delicato della disciplina – quello concernente il rapporto tra richiesta del paziente, organizzazione sanitaria e prestazione concretamente erogata – viene sottratto alla disponibilità normativa della Regione.

La conseguenza è di particolare rilievo sistematico. La sentenza n. 204 del 2025 non può essere letta nel senso di attribuire alle Regioni una generale potestà normativa in materia di suicidio medicalmente assistito; piuttosto, delimita rigorosamente l'ambito entro il quale l'autonomia regionale può eventualmente esplicarsi, impedendo che attraverso una disciplina apparentemente organizzativa possano essere introdotte scelte destinate ad incidere sul contenuto sostanziale della prestazione sanitaria, sulla configurazione dei diritti del paziente o sugli obblighi gravanti sulle strutture pubbliche.

È proprio alla luce di tali coordinate ermeneutiche che devono essere esaminati i progetti di legge della Regione Emilia-Romagna. Il problema, infatti, non consiste nello stabilire se essi riproducano o meno il testo della legge toscana, ma se le soluzioni normative adottate rispettino effettivamente i limiti che la Corte costituzionale ha individuato come invalicabili per il legislatore regionale.

C. L'equivoco dell'«attuazione» delle sentenze della Corte costituzionale

Entrambi i progetti di legge in esame muovono da un'identica premessa, esplicitata già nella loro rubrica e ribadita nelle rispettive relazioni illustrative: la necessità di disciplinare le modalità organizzative per l'«attuazione» delle sentenze della Corte costituzionale nn. 242 del 2019 e 135 del 2024. Si tratta, tuttavia, di un presupposto giuridico che merita di essere attentamente verificato.

L'espressione «attuazione delle sentenze della Corte costituzionale» presuppone infatti che da tali decisioni derivi un obbligo giuridico, gravante sulle istituzioni pubbliche e, segnatamente, sulle Regioni, di predisporre un sistema organizzativo volto ad assicurare l'accesso al suicidio medicalmente assistito. È proprio questo passaggio logico che non trova riscontro nella giurisprudenza costituzionale.

La Corte non ha mai affermato che dall'area di non punibilità discenda automaticamente un diritto soggettivo perfetto all'erogazione di una prestazione sanitaria pubblica avente ad oggetto il suicidio medicalmente assistito. Essa ha invece operato su un piano radicalmente diverso: quello della delimitazione dell'area della responsabilità penale derivante dall'art. 580 c.p.

La sentenza n. 242 del 2019 ha dichiarato costituzionalmente illegittimo l'art. 580 del codice penale nella parte in cui non esclude la punibilità di chi agevoli l'esecuzione del proposito di suicidio di una persona che si trovi in condizioni eccezionali, rigorosamente individuate dalla stessa Corte. La decisione, dunque, non introduce un nuovo diritto fondamentale, ma individua una circoscritta ipotesi di non punibilità dell'aiuto prestato da terzi.

La successiva sentenza n. 135 del 2024 si colloca nel medesimo solco. Anche in tale occasione la Corte si limita a precisare i presupposti entro i quali opera la causa di non punibilità già delineata nel 2019, senza mai affermare che il Servizio sanitario nazionale sia costituzionalmente tenuto ad erogare una prestazione avente ad oggetto la morte del paziente.

Anzi, la Corte ribadisce che la verifica delle condizioni richieste dalla sentenza n. 242 del 2019 si inserisce nel contesto della legge n. 219 del 2017, la quale valorizza la relazione di cura, il consenso informato, il coinvolgimento del paziente e l'effettiva possibilità di accedere alle cure palliative. L'intero impianto argomentativo della giurisprudenza costituzionale continua, dunque, ad essere costruito attorno alla tutela della persona malata e non già alla predisposizione di una prestazione pubblica finalizzata a provocarne la morte.

La sentenza n. 204 del 2025 conferma definitivamente questa impostazione. La Corte, infatti, pur riconoscendo limitati spazi di intervento organizzativo alle Regioni, esclude espressamente che possa essere imposto alle aziende sanitarie un obbligo di coinvolgimento nell'attuazione del suicidio medicalmente assistito. Se davvero dalle precedenti decisioni costituzionali derivasse un obbligo di assicurare la prestazione sanitaria richiesta dal paziente, una simile conclusione sarebbe difficilmente spiegabile. Al contrario, proprio la negazione di tale obbligo dimostra che la giurisprudenza costituzionale non ha mai trasformato la causa di non punibilità delineata dall'art. 580 c.p. in un diritto costituzionale ad ottenere una prestazione sanitaria di morte.

Ne deriva una conseguenza di particolare importanza anche ai fini dell'odierna discussione. L'eventuale scelta di prevedere un sistema pubblico destinato a garantire il suicidio medicalmente assistito costituisce una decisione eminentemente politica, che implica delicati bilanciamenti tra il diritto alla vita, il principio di autodeterminazione, il diritto alla salute, l'organizzazione del Servizio sanitario nazionale e la destinazione delle risorse pubbliche. Si tratta, pertanto, di una valutazione rimessa alla discrezionalità del legislatore e non di un effetto automaticamente discendente dalle sentenze della Corte costituzionale.

Del resto, la stessa Corte ha più volte ricordato che, soprattutto nelle materie eticamente sensibili, le proprie decisioni non possono sostituirsi alle scelte riservate alla rappresentanza democratica. La giurisprudenza costituzionale opera attraverso il controllo di legittimità delle norme esistenti; essa non può trasformarsi in una fonte di produzione normativa né può imporre al legislatore l'adozione di una determinata disciplina ogniqualvolta vengano in rilievo questioni che implicano valutazioni di natura politica, etica e sociale.

Muovere dall'idea che le sentenze nn. 242 del 2019 e 135 del 2024 debbano essere "attuate" mediante una legge regionale significa dunque attribuire alla giurisprudenza costituzionale un contenuto precettivo che essa non possiede e, al tempo stesso, alterare il corretto equilibrio tra funzione giurisdizionale e funzione legislativa delineato dalla Costituzione. È proprio questo equivoco interpretativo che finisce per condizionare l'intera impostazione dei progetti di legge oggi all'esame della Commissione.

Del resto, la stessa terminologia utilizzata nei progetti di legge ("attuazione delle sentenze") appare impropria. Le sentenze costituzionali producono certamente effetti conformativi sull'ordinamento, ma non sempre richiedono una disciplina legislativa attuativa. Nel caso di specie, la Corte ha individuato una limitata area di non punibilità, senza configurare un obbligo positivo di organizzazione del servizio né un dovere del legislatore di istituire un procedimento amministrativo dedicato.

D. L'effettivo spazio di intervento del legislatore regionale dopo la sentenza n. 204 del 2025

Una volta chiarito che la giurisprudenza costituzionale non impone alle Regioni di disciplinare il suicidio medicalmente assistito, occorre affrontare una questione ulteriore, ma strettamente connessa: quale sia l'effettiva estensione della competenza legislativa regionale dopo la sentenza n. 204 del 2025.

La Corte costituzionale non ha escluso in termini assoluti la possibilità di un intervento regionale. Tale affermazione, tuttavia, non può essere isolata dal complessivo impianto argomentativo della decisione. La sentenza, infatti, individua un delicato punto di equilibrio tra autonomia regionale e competenze statali, affermando che le Regioni possono disciplinare esclusivamente gli aspetti riconducibili all'organizzazione dei propri

servizi sanitari, purché tale disciplina non interferisca con gli ambiti riservati allo Stato dall'art. 117 della Costituzione.

Tale conclusione si pone, del resto, in linea con un principio consolidato della giurisprudenza costituzionale in materia di riparto delle competenze legislative. Quando una materia presenta evidenti interferenze con ambiti riservati alla competenza esclusiva dello Stato, la competenza regionale non può essere interpretata in modo estensivo, pena lo svuotamento delle attribuzioni costituzionalmente riservate al legislatore statale. Ne consegue che il riconoscimento di uno spazio di intervento regionale sul piano dell'organizzazione sanitaria non può essere inteso quale titolo generale di competenza sulla disciplina del suicidio medicalmente assistito, ma deve essere circoscritto alle sole misure strettamente necessarie al funzionamento dell'apparato amministrativo, senza incidere sul contenuto sostanziale della disciplina, sui diritti coinvolti o sulle condizioni di operatività della causa di non punibilità delineata dalla giurisprudenza costituzionale. Da ciò deriva che la competenza regionale non costituisce una competenza normativa piena sulla materia del suicidio medicalmente assistito, bensì una competenza meramente accessoria e strumentale rispetto all'organizzazione del servizio sanitario.

Questa precisazione assume un'importanza decisiva. L'organizzazione amministrativa rappresenta il modo attraverso il quale funzioni già previste dall'ordinamento vengono esercitate; essa non può invece costituire il titolo per introdurre nuove funzioni pubbliche o nuovi procedimenti amministrativi. Ne consegue che l'eventuale competenza regionale può riguardare esclusivamente il coordinamento organizzativo di attività già individuate dal legislatore statale o direttamente desumibili dal quadro delineato dalla Corte costituzionale, senza alterarne struttura, finalità o presupposti. In questa prospettiva, la Regione può disciplinare l'assetto interno delle proprie strutture sanitarie, individuare gli uffici competenti o coordinare organismi già previsti dall'ordinamento, ma non può istituire nuovi organi dotati di autonome funzioni valutative, né costruire un procedimento amministrativo tipizzato destinato ad accertare i presupposti della non punibilità. È proprio questo il principio che emerge dalla sentenza n. 204 del 2025. Non a caso, anche il Comitato Nazionale per la Bioetica, nella risposta al quesito del Ministero della salute del 24 febbraio 2023, ha ritenuto che le verifiche richieste dalla sentenza n. 242 del 2019 dovessero essere svolte attraverso i Comitati Etici Territoriali già previsti dalla disciplina statale, eventualmente integrati, caso per caso, con ulteriori professionalità, sottolineando altresì l'esigenza di evitare approcci differenziati sul territorio nazionale.

Le disposizioni dichiarate costituzionalmente illegittime non sono state censurate perché organizzavano male il procedimento, ma perché, pur presentandosi come norme organizzative, finivano in realtà per disciplinare profili sostanziali riservati alla legislazione statale. La Corte ha così impedito che, attraverso l'esercizio della competenza concorrente in materia di tutela della salute, la Regione potesse incidere su ambiti costituzionalmente riservati allo Stato. Si tratta di una distinzione che assume carattere generale.

Nel nostro ordinamento la competenza organizzativa non costituisce mai un titolo idoneo a modificare il contenuto dei diritti fondamentali né a creare nuove prestazioni pubbliche. Essa può disciplinare esclusivamente le modalità attraverso cui funzioni già previste dall'ordinamento vengono esercitate.

Da questa impostazione deriva una conseguenza particolarmente significativa per i progetti di legge oggi all'esame. Non è sufficiente che una disposizione venga formalmente qualificata come "organizzativa" affinché essa rientri automaticamente nella competenza regionale. Occorre verificare se, al di là della sua formulazione letterale, essa

produca effetti sostanziali sull'assetto dei diritti, sugli obblighi delle strutture sanitarie o sull'individuazione delle prestazioni che il Servizio sanitario è chiamato a garantire.

È proprio attraverso questo criterio sostanziale – e non meramente formale – che la Corte costituzionale ha scrutinato la legge toscana. Lo stesso criterio dovrà essere utilizzato nell'esame dei progetti di legge dell'Emilia-Romagna. Sarà infatti possibile constatare come numerose disposizioni, pur presentandosi come norme concernenti l'organizzazione del procedimento, incidano in realtà su profili che la stessa Corte ha ricondotto alla competenza esclusiva dello Stato ovvero ai principi fondamentali della materia “tutela della salute”.

È quindi alla luce di questa chiave interpretativa che possono essere analizzate le singole disposizioni dei testi oggi sottoposti all'esame della Commissione. È sulla base del contenuto sostanziale delle disposizioni, e non della loro qualificazione formale come norme organizzative, che deve essere valutata la legittimità costituzionale dei progetti di legge in esame.

E. Dalla non punibilità dell'aiuto al suicidio alla pretesa di una prestazione sanitaria pubblica: il principale nodo costituzionale dei progetti di legge regionale

Le considerazioni sin qui svolte consentono di individuare quella che appare la principale criticità dei progetti di legge oggi sottoposti all'esame della Commissione.

Pur dichiarando di limitarsi a disciplinare gli aspetti organizzativi delle procedure previste dalla giurisprudenza costituzionale, entrambe le proposte finiscono, nella loro concreta articolazione, per perseguire un obiettivo diverso: trasformare una limitata causa di non punibilità penale in una prestazione organizzata, resa disponibile e garantita dal Servizio sanitario regionale. Si tratta di un passaggio che merita particolare attenzione.

Le sentenze nn. 242 del 2019 e 135 del 2024 non hanno mai affermato che il cittadino sia titolare di un diritto costituzionale ad ottenere una prestazione avente ad oggetto la propria morte. Esse hanno esclusivamente individuato le circostanze eccezionali nelle quali il medico che presti aiuto al suicidio non è punibile ai sensi dell'art. 580 del codice penale. Una causa di non punibilità costituisce, per sua natura, una categoria penalistica. Essa delimita l'ambito di operatività della sanzione penale, ma non attribuisce automaticamente una posizione soggettiva pretensiva nei confronti dei pubblici poteri, né determina l'insorgenza di un obbligo organizzativo in capo al Servizio sanitario nazionale.

Tra questi due piani – quello della non punibilità e quello della prestazione amministrativa – esiste un salto logico e giuridico che le pronunce della Corte costituzionale non hanno mai compiuto. Tale passaggio non costituisce un mero sviluppo organizzativo della giurisprudenza costituzionale, ma implica un mutamento qualitativo della fattispecie giuridica: una cosa è delimitare l'area della responsabilità penale del terzo che presta aiuto al suicidio; altra cosa è configurare un'organizzazione pubblica stabilmente preordinata a rendere concretamente possibile l'esercizio di tale facoltà. Nel primo caso viene in rilievo una disciplina penalistica concernente i limiti della punibilità; nel secondo viene costruito un modello amministrativo di erogazione di una prestazione, con il coinvolgimento stabile delle strutture pubbliche, del personale sanitario e delle risorse del Servizio sanitario nazionale.

È proprio tale salto, invece, che i progetti di legge in esame sembrano presupporre. L'intera architettura normativa è infatti costruita intorno all'idea che il Servizio sanitario regionale debba farsi carico dell'intero percorso: ricevere la domanda, istruire il procedimento, coordinare gli organi tecnici, predisporre il protocollo operativo,

individuare il personale sanitario coinvolto e assicurare il supporto necessario affinché la procedura possa concludersi. Non si tratta più, quindi, della semplice verifica delle condizioni individuate dalla Corte costituzionale.

Il Servizio sanitario viene progressivamente trasformato nel soggetto chiamato a rendere concretamente possibile l'evento finale della procedura. Una simile trasformazione non costituisce un esito necessario delle sentenze della Corte costituzionale. Essa rappresenta, piuttosto, una specifica opzione di politica legislativa e sanitaria, che presuppone un autonomo bilanciamento tra valori costituzionali concorrenti. Non si tratta, peraltro, di una scelta che incide esclusivamente sull'organizzazione del servizio sanitario. La disciplina dei soggetti coinvolti, dei rispettivi obblighi, delle modalità di formazione, manifestazione e verifica della volontà del paziente, nonché degli effetti giuridici derivanti dall'accertamento dei presupposti individuati dalla Corte costituzionale, investe direttamente lo statuto giuridico dei rapporti tra paziente, medico e struttura sanitaria. Si tratta di profili riconducibili all'ordinamento civile, materia riservata alla competenza legislativa esclusiva dello Stato ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera l), Cost., che non possono essere disciplinati dal legislatore regionale neppure attraverso disposizioni formalmente qualificate come organizzative. Proprio perché implica la ridefinizione delle finalità istituzionali del Servizio sanitario nazionale, tale scelta non può ritenersi costituzionalmente imposta dalla giurisprudenza costituzionale, ma richiederebbe, ove ritenuta opportuna, un'espressa determinazione del legislatore competente.

Occorre, a questo punto, evitare un equivoco che sembra attraversare l'intera impostazione dei progetti di legge. Le sentenze della Corte costituzionale hanno certamente prodotto rilevanti effetti sull'ordinamento, ma tali effetti si collocano sul terreno della disciplina penalistica e della tutela dei diritti fondamentali, non su quello dell'organizzazione e delle finalità del Servizio sanitario nazionale. La sentenza n. 242 del 2019 è intervenuta sull'art. 580 del codice penale, individuando una circoscritta area di non punibilità dell'aiuto al suicidio in presenza di rigorosi presupposti. La successiva sentenza n. 135 del 2024 ha ulteriormente precisato tali condizioni, senza modificarne la natura. La sentenza n. 66 del 2025, a sua volta, ha ribadito la centralità della legge n. 219 del 2017, valorizzando il consenso informato, la relazione di cura e l'effettività del percorso di cure palliative. Infine, la sentenza n. 204 del 2025 ha definito i limiti entro i quali può esplicarsi l'intervento organizzativo delle Regioni.

Nessuna di tali decisioni, tuttavia, ha ridefinito il ruolo costituzionale del Servizio sanitario nazionale. Nessuna ha affermato che tra le funzioni istituzionali del Servizio sanitario rientri l'organizzazione del suicidio medicalmente assistito. Nessuna ha imposto alle strutture sanitarie pubbliche di predisporre un procedimento destinato a rendere concretamente possibile l'accesso a tale pratica.

La differenza è decisiva. La delimitazione dell'area della non punibilità riguarda il rapporto tra cittadino e ordinamento penale, mentre l'organizzazione di una prestazione sanitaria pubblica riguarda, invece, il rapporto tra cittadino e pubblica amministrazione. Sono piani distinti, governati da principi costituzionali differenti e rimessi alla competenza di legislatori diversi.

Il passaggio dall'uno all'altro non può essere considerato una conseguenza automatica della giurisprudenza costituzionale. Esso implica una scelta ulteriore, destinata ad incidere sulla configurazione del Servizio sanitario nazionale, sulle sue finalità istituzionali, sull'impiego delle risorse pubbliche, sulla responsabilità del personale sanitario e, più in generale, sul modo in cui l'ordinamento intende perseguire la tutela

della salute di cui all'art. 32 della Costituzione. Proprio perché tale scelta presenta un carattere eminentemente sistematico, essa non può essere desunta in via interpretativa dalle sentenze della Corte costituzionale; richiede, piuttosto, una decisione espressa del legislatore cui la Costituzione attribuisce la responsabilità di disciplinare in modo uniforme una materia che coinvolge contemporaneamente il diritto alla vita, l'autodeterminazione della persona, l'ordinamento civile e penale e i principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale.

È questo il profilo sul quale la sentenza n. 204 del 2025 interviene con particolare chiarezza. La motivazione della sentenza induce a ritenere che la Regione non possa imporre alle aziende sanitarie un coinvolgimento necessario nell'esecuzione del suicidio medicalmente assistito, poiché una simile scelta eccede la competenza organizzativa regionale e incide direttamente sui principi fondamentali della tutela della salute.

L'affermazione assume un significato che va ben oltre la singola disposizione censurata. Essa evidenzia che la definizione della missione istituzionale del Servizio sanitario nazionale non appartiene alla disponibilità del legislatore regionale. L'intero impianto della legge n. 219 del 2017, costantemente richiamata dalla Corte costituzionale quale parametro interpretativo delle proprie decisioni, è costruito attorno alla relazione di cura. Il consenso informato, la pianificazione condivisa delle cure, il rifiuto dei trattamenti sanitari e il ricorso alle cure palliative sono accomunati da una medesima finalità: garantire che la persona sia accompagnata nel percorso terapeutico, anche quando ciò comporti il rifiuto di trattamenti salvavita. In nessun punto, tuttavia, la legge configura il Servizio sanitario come soggetto istituzionalmente preposto all'organizzazione di una prestazione avente ad oggetto la morte del paziente.

In questo quadro sistematico, attribuire al Servizio sanitario il compito di organizzare una procedura destinata a rendere possibile il suicidio medicalmente assistito non costituisce una mera scelta organizzativa. Si tratta di una decisione che incide sulla stessa configurazione costituzionale del Servizio sanitario nazionale. La legislazione vigente e la giurisprudenza costituzionale hanno finora ricondotto l'attività del Servizio sanitario alla tutela della salute, alla cura, all'accompagnamento terapeutico e al sostegno della persona, anche nelle fasi terminali della vita, attraverso il consenso informato e l'effettiva presa in carico palliativa. La scelta di attribuire alle strutture pubbliche il compito di organizzare il percorso che conduce al suicidio medicalmente assistito implica, invece, una ridefinizione delle finalità istituzionali del servizio sanitario nazionale che non può essere considerata una conseguenza necessaria della giurisprudenza costituzionale, ma costituisce una precisa opzione di politica sanitaria riservata al legislatore competente. La questione, pertanto, non riguarda soltanto la distribuzione delle competenze legislative tra Stato e Regioni. Essa investe il significato costituzionale della funzione pubblica sanitaria. Se il Servizio sanitario nazionale viene chiamato non soltanto ad accompagnare la persona nella malattia, ma anche ad organizzare il percorso amministrativo destinato a consentire il suicidio medicalmente assistito, viene operata una scelta di sistema che modifica il ruolo istituzionale assegnato al servizio pubblico dalla legislazione vigente. Una trasformazione di tale portata non può essere ricondotta ad una semplice disciplina organizzativa regionale, ma richiede una decisione legislativa espressa, assunta dal soggetto cui la Costituzione attribuisce la responsabilità di compiere il bilanciamento tra i valori fondamentali coinvolti.

In definitiva, il passaggio dalla delimitazione della non punibilità alla costruzione di una prestazione sanitaria pubblica non rappresenta un'evoluzione fisiologica della giurisprudenza costituzionale, bensì una scelta normativa autonoma, destinata ad incidere

sulla configurazione del Servizio sanitario nazionale, sull'allocazione delle risorse pubbliche, sulla responsabilità del personale sanitario e, più in generale, sul bilanciamento tra i valori costituzionali coinvolti. Proprio per tale ragione, essa non può essere ricondotta alla mera competenza regionale in materia di organizzazione sanitaria, ma richiede una disciplina adottata dal legislatore cui la Costituzione attribuisce la responsabilità di compiere tali scelte di sistema.

F. Le criticità costituzionali dell'impianto normativo dei progetti di legge

Le considerazioni svolte nei paragrafi precedenti consentono ora di affrontare l'esame dei due progetti di legge sottoposti all'attenzione della Commissione.

Prima di procedere, appare tuttavia opportuno formulare una precisazione di metodo.

I testi in esame presentano significative differenze. Il progetto di legge n. 2663 è stato predisposto dopo la pubblicazione della sentenza n. 204 del 2025 e mostra il chiaro intento di adeguarsi, almeno in parte, ai principi affermati dalla Corte costituzionale. Il progetto di iniziativa popolare n. 140, invece, riproduce sostanzialmente l'impianto originariamente elaborato dall'Associazione Luca Coscioni e risente inevitabilmente del diverso contesto giurisprudenziale nel quale è stato concepito.

Tale diversità, tuttavia, non modifica il nucleo della questione costituzionale. Entrambi i progetti muovono infatti dalla medesima premessa teorica: che la Regione possa disciplinare, sia pure sotto il profilo organizzativo, un procedimento pubblico finalizzato a consentire l'accesso al suicidio medicalmente assistito mediante il coinvolgimento del Servizio sanitario regionale. È proprio questa premessa che, alla luce delle considerazioni già svolte, richiede di essere verificata.

L'analisi che segue non sarà pertanto condotta secondo l'ordine degli articoli dei progetti di legge. Una simile impostazione, pur utile in sede di commento normativo, rischierebbe di frammentare questioni che presentano invece un'evidente unitarietà sistematica.

Le principali criticità non riguardano, infatti, singole disposizioni isolate. Esse attraversano trasversalmente l'intera architettura normativa.

L'obiettivo del presente intervento è dunque quello di verificare se, al di là delle singole soluzioni tecniche adottate, i progetti di legge rispettino i limiti che la sentenza n. 204 del 2025 individua per l'esercizio della competenza legislativa regionale.

L'attenzione sarà pertanto concentrata non tanto sulle singole norme, quanto su alcuni profili sistematici che appaiono comuni ai due testi: la configurazione della Commissione multidisciplinare; la costruzione di un procedimento amministrativo destinato all'accertamento delle condizioni individuate dalla Corte costituzionale; il ruolo attribuito al Servizio sanitario regionale; il rapporto tra procedimento amministrativo e relazione terapeutica; la trasformazione dell'organizzazione sanitaria in disciplina dell'esercizio del potere pubblico. Si tratta di questioni strettamente connesse tra loro.

Ciascuna di esse, infatti, non rappresenta una criticità autonoma, ma costituisce una diversa manifestazione della medesima opzione di fondo che accomuna entrambi i progetti: la progressiva costruzione di un modello amministrativo pubblico destinato a rendere concretamente praticabile il suicidio medicalmente assistito. È proprio questa impostazione complessiva, più ancora delle singole disposizioni, a suscitare le maggiori perplessità sul piano costituzionale. Infatti, anche laddove il progetto n. 2663 recepisce formalmente alcuni rilievi formulati dalla Corte costituzionale nei confronti della legge toscana, esso continua a sviluppare una disciplina che non si limita ad organizzare il funzionamento del Servizio sanitario regionale, ma tende a costruire un procedimento

amministrativo tipizzato, destinato a governare l'intero percorso di accesso al suicidio medicalmente assistito. È questo effetto sistemico – e non il contenuto di una singola disposizione – a costituire il principale oggetto delle considerazioni che seguono.

La Regione istituisce una nuova funzione amministrativa, eccedendo la competenza organizzativa riconosciuta dalla sentenza n. 204 del 2025. Tra i profili maggiormente problematici dei progetti di legge in esame vi è la scelta di costruire un autonomo procedimento amministrativo destinato a disciplinare l'accesso al suicidio medicalmente assistito. Tale scelta emerge con particolare evidenza dall'istituzione della Commissione multidisciplinare permanente, cui viene affidato il compito di seguire l'intero *iter* procedimentale.

Una lettura meramente formale potrebbe indurre a ritenere che la Commissione costituisca un semplice organismo tecnico di supporto all'attività delle aziende sanitarie. Una simile ricostruzione non appare tuttavia condivisibile.

L'esame complessivo del progetto di legge mostra, infatti, che la Commissione rappresenta il vero centro di imputazione del potere amministrativo previsto dalla disciplina regionale. Ad essa sono attribuite funzioni che travalicano largamente la mera attività istruttoria. Essa riceve l'istanza, coordina l'intero procedimento, dispone gli approfondimenti clinici ritenuti necessari, acquisisce il parere del Comitato etico territorialmente competente, valuta la sussistenza delle condizioni indicate dalla giurisprudenza costituzionale, definisce il protocollo operativo e conclude il procedimento mediante una determinazione destinata a costituire il presupposto dell'attività successiva dell'Azienda sanitaria.

Il dato merita di essere attentamente considerato. Nel diritto amministrativo la disciplina dell'organizzazione e la disciplina dell'esercizio del potere costituiscono piani concettualmente distinti. L'organizzazione riguarda la struttura dell'apparato pubblico: individua gli organi, distribuisce le competenze, coordina gli uffici e disciplina il funzionamento dell'amministrazione. L'esercizio del potere concerne, invece, il procedimento amministrativo, i presupposti della decisione, i criteri valutativi, gli effetti giuridici degli atti e le posizioni soggettive dei destinatari.

La differenza assume un rilievo decisivo ai fini del presente esame. La sentenza n. 204 del 2025 riconosce alle Regioni uno spazio di intervento limitatamente all'organizzazione dei servizi sanitari. Essa non autorizza, invece, la creazione di nuove funzioni amministrative destinate a disciplinare autonomamente il procedimento attraverso il quale vengono accertate le condizioni individuate dalla Corte costituzionale ai fini del suicidio medicalmente assistito.

Sotto questo profilo i progetti di legge eccedono la dimensione organizzativa. Essi non si limitano ad individuare quale ufficio sia competente, né disciplinano semplicemente i rapporti tra le strutture del Servizio sanitario regionale. Costruiscono, piuttosto, una funzione amministrativa nuova, articolata in un procedimento tipico, caratterizzato da soggetti competenti, fasi istruttorie, valutazioni tecnico-discrezionali, acquisizione di pareri, determinazioni conclusive ed effetti giuridici puntualmente disciplinati.

Non si è più, dunque, sul terreno dell'organizzazione amministrativa; ci si colloca, invece, sul diverso piano della disciplina dell'esercizio del potere pubblico. Ed è proprio la disciplina dell'esercizio di tale potere, e non la mera organizzazione degli uffici chiamati ad esercitarlo, che eccede l'ambito della competenza regionale riconosciuta dalla sentenza n. 204 del 2025.

Questa trasformazione assume particolare rilievo anche sotto il profilo costituzionale, dato che il riparto delle competenze legislative deve essere ricostruito sulla base del

contenuto sostanziale della disciplina e non della qualificazione formale utilizzata dal legislatore. Non è quindi sufficiente qualificare una legge come concernente le “modalità organizzative” perché essa possa essere ricondotta alla materia dell’organizzazione sanitaria. Occorre verificare quale funzione essa svolga effettivamente nell’ordinamento.

Nel caso di specie la legge regionale non organizza soltanto un servizio, ma istituisce un nuovo procedimento amministrativo destinato a governare l’intero percorso pubblico del suicidio medicalmente assistito.

È proprio questo passaggio che, ad avviso di chi scrive, determina il superamento dei limiti individuati dalla sentenza n. 204 del 2025. La Regione, infatti, non esercita semplicemente la propria competenza organizzativa, ma costruisce un autonomo modello amministrativo destinato ad incidere su diritti fondamentali, sulla responsabilità del personale sanitario e sull’applicazione di una disciplina che trova il proprio fondamento nell’ordinamento penale statale.

La criticità dell’impianto normativo emerge con ancora maggiore evidenza se si considera l’oggetto del procedimento affidato alla Commissione multidisciplinare. Le condizioni individuate dalla Corte costituzionale nelle sentenze n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024 non costituiscono, infatti, meri requisiti amministrativi per l’accesso ad una prestazione sanitaria. Esse rappresentano i presupposti in presenza dei quali l’aiuto al suicidio non è punibile ai sensi dell’art. 580 del codice penale. Si tratta di una precisazione che assume rilievo decisivo.

Il progetto di legge non si limita ad individuare l’ufficio competente a svolgere attività amministrative già previste dall’ordinamento, ma disciplina il procedimento attraverso il quale vengono accertate le condizioni dalle quali dipende l’operatività di una causa di non punibilità prevista dalla legislazione penale statale. In questa prospettiva, la Regione non organizza soltanto il funzionamento del Servizio sanitario regionale. Essa attribuisce ad un organo amministrativo regionale il compito di svolgere una valutazione destinata a collocarsi all’incrocio tra accertamento clinico, valutazione etica e presupposti giuridici della non punibilità.

Non si intende affermare, naturalmente, che la Commissione sostituisca il giudice penale o che la sua determinazione produca effetti direttamente sull’applicazione dell’art. 580 c.p. Ciò che rileva è un diverso profilo. Il legislatore regionale tipizza un procedimento amministrativo volto ad accertare i presupposti di una fattispecie disciplinata dall’ordinamento penale dello Stato, conferendo veste pubblicistica ad una verifica che la Corte costituzionale ha individuato nell’ambito della delimitazione della responsabilità penale e non già della organizzazione amministrativa del servizio sanitario.

La differenza non è meramente nominalistica. L’accertamento previsto dal progetto di legge costituisce il presupposto dell’intero percorso amministrativo e rappresenta il momento nel quale l’amministrazione verifica la ricorrenza delle condizioni individuate dalla giurisprudenza costituzionale. È proprio tale funzione che rende evidente come la disciplina regionale non si esaurisca nella regolazione dell’organizzazione sanitaria, ma contribuisca a definire il concreto regime giuridico del suicidio medicalmente assistito.

Sotto questo profilo, il limite individuato dalla sentenza n. 204 del 2025 appare difficilmente superabile. La Corte ha riconosciuto alle Regioni esclusivamente uno spazio di intervento riconducibile agli aspetti organizzativi del servizio sanitario, non quella di costruire un procedimento amministrativo autonomo destinato a regolare il modo in cui vengono accertati i presupposti di applicazione di una disciplina riconducibile all’ordinamento penale statale.

G. L'esigenza di uniformità nella disciplina dei diritti fondamentali

Le considerazioni sin qui svolte trovano un'ulteriore conferma se si guarda alla funzione che il riparto costituzionale delle competenze è chiamato a svolgere in una materia come quella in esame.

Il sistema delineato dall'art. 117 della Costituzione non risponde esclusivamente ad esigenze di distribuzione delle attribuzioni legislative tra Stato e Regioni. Esso costituisce anche uno strumento attraverso il quale la Costituzione assicura che, quando vengono in rilievo diritti fondamentali della persona, le scelte di principio siano assunte in modo uniforme sull'intero territorio nazionale.

Il suicidio medicalmente assistito coinvolge contemporaneamente il diritto alla vita, l'autodeterminazione della persona, il diritto alla salute, la responsabilità del personale sanitario, l'organizzazione del Servizio sanitario nazionale e la tutela delle persone in condizioni di particolare vulnerabilità. Si tratta di interessi costituzionali che, per la loro natura, richiedono un bilanciamento unitario. È anche per questa ragione che la Corte costituzionale, nella sentenza n. 204 del 2025, ha delimitato con particolare rigore gli spazi dell'intervento regionale, distinguendo gli aspetti meramente organizzativi da quelli che incidono sul contenuto sostanziale della disciplina.

La scelta di attribuire alle singole Regioni la regolazione dei profili fondamentali del suicidio medicalmente assistito determinerebbe inevitabilmente il rischio di una disciplina differenziata dei diritti sul territorio nazionale.

Una simile differenziazione non porrebbe soltanto un problema di riparto delle competenze legislative, ma rischierebbe altresì di incidere sul principio di eguaglianza di cui all'art. 3 Cost. L'effettivo godimento di diritti fondamentali non potrebbe dipendere dal territorio regionale di residenza, pena la creazione di livelli differenziati di tutela rispetto a situazioni sostanzialmente identiche.

L'accesso alla procedura, il ruolo delle strutture sanitarie, le modalità dell'accertamento, il coinvolgimento del personale sanitario e l'organizzazione complessiva del procedimento potrebbero variare significativamente da Regione a Regione, con la conseguenza che il concreto esercizio di posizioni giuridiche strettamente connesse a diritti fondamentali finirebbe per dipendere dal luogo di residenza dell'interessato.

Non è questo il modello delineato dalla Costituzione. La differenziazione territoriale costituisce certamente un valore del regionalismo italiano, ma incontra un limite quando vengono in rilievo le condizioni essenziali di esercizio dei diritti fondamentali e i principi che definiscono l'identità del Servizio sanitario nazionale. È proprio alla luce di questa esigenza di uniformità che devono essere lette la competenza esclusiva statale in materia di ordinamento civile e penale, la competenza statale nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni e la funzione dei principi fondamentali nella materia della tutela della salute.

La sentenza n. 204 del 2025 si colloca coerentemente all'interno di questo quadro costituzionale. Essa non esclude ogni spazio all'autonomia regionale, ma chiarisce che tale autonomia non può tradursi nella costruzione di discipline differenziate destinate a ridefinire il regime giuridico del suicidio medicalmente assistito o la funzione costituzionale del Servizio sanitario nazionale.

H. Conclusioni

Le considerazioni sin qui svolte non intendono in alcun modo sottovalutare la drammaticità delle situazioni personali che stanno all'origine del dibattito sul suicidio

medicalmente assistito, né la complessità delle questioni etiche, mediche e giuridiche che esso inevitabilmente pone. Proprio la delicatezza dei beni costituzionali coinvolti impone, tuttavia, di distinguere con chiarezza il piano dell'opportunità politica da quello della legittimità costituzionale.

Il presente intervento non muove dall'assunto che il legislatore non possa disciplinare il suicidio medicalmente assistito. Muove, piuttosto, da una considerazione diversa: una disciplina di tale portata richiede una decisione del legislatore competente e deve collocarsi entro il quadro costituzionale delineato dagli artt. 32 e 117 della Costituzione, nonché nel rispetto della ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni.

Le sentenze della Corte costituzionale nn. 242 del 2019, 135 del 2024, 66 del 2025 e 204 del 2025 non hanno attribuito alle Regioni il compito di costruire un autonomo sistema normativo del suicidio medicalmente assistito. Esse hanno delineato un quadro giurisprudenziale complesso, nel quale convivono la limitata area della non punibilità dell'aiuto al suicidio, la centralità della relazione terapeutica, il ruolo imprescindibile delle cure palliative e il permanere della competenza statale sui profili fondamentali della disciplina.

La sentenza n. 204 del 2025, in particolare, non rappresenta un'autorizzazione generale all'intervento legislativo regionale. Al contrario, essa individua limiti stringenti, chiarendo che l'autonomia regionale può esplicarsi esclusivamente sul piano dell'organizzazione sanitaria e non può tradursi nella disciplina sostanziale del procedimento di accesso al suicidio medicalmente assistito, nella ridefinizione del ruolo del Servizio sanitario nazionale o nell'introduzione di modelli procedurali destinati ad incidere su materie riservate alla competenza esclusiva dello Stato.

Alla luce di tali coordinate costituzionali, i progetti di legge oggi all'esame della Commissione continuano a presentare rilevanti profili problematici. Pur differenziandosi significativamente rispetto al testo originariamente approvato dalla Regione Toscana, essi mantengono un'impostazione che va oltre la mera disciplina organizzativa del Servizio sanitario regionale.

L'istituzione di una Commissione multidisciplinare permanente dotata di penetranti poteri valutativi, la costruzione di un procedimento amministrativo tipizzato per l'accertamento dei presupposti individuati dalla giurisprudenza costituzionale, la progressiva trasformazione della causa di non punibilità prevista dall'art. 580 c.p. in un percorso amministrativamente organizzato e la riconduzione dell'intero processo decisionale entro la responsabilità del Servizio sanitario regionale costituiscono elementi che, considerati nel loro insieme, sembrano eccedere l'ambito della competenza legislativa regionale quale delineato dalla sentenza n. 204 del 2025.

In definitiva, il problema non riguarda soltanto alcune specifiche disposizioni dei progetti di legge, ma investe la loro stessa impostazione.

Sotto la veste formale di una disciplina delle "modalità organizzative", i testi in esame introducono una regolazione complessiva dell'esercizio di un potere pubblico concernente una materia che coinvolge direttamente l'ordinamento civile e penale, i principi fondamentali della tutela della salute e il ruolo costituzionale del Servizio sanitario nazionale. Si tratta di scelte che, per il loro rilievo sistematico e per le profonde implicazioni costituzionali che comportano, richiedono una disciplina uniforme sul territorio nazionale e chiamano in causa la responsabilità del legislatore statale, unico soggetto istituzionalmente titolare del potere di operare il necessario bilanciamento tra la tutela della vita, l'autodeterminazione della persona, la protezione dei soggetti vulnerabili, il principio di solidarietà e l'organizzazione del Servizio sanitario.

È in questa prospettiva che si ritiene debba essere valutata l'opportunità di procedere all'approvazione dei progetti di legge oggi sottoposti all'esame della Commissione.

In conclusione, il tema non è se il suicidio medicalmente assistito debba o meno essere disciplinato dall'ordinamento. Il tema è quale sia il legislatore costituzionalmente competente a compiere tale scelta. Alla luce della sentenza n. 204 del 2025, tale scelta non può essere anticipata attraverso discipline regionali che, pur formalmente organizzative, incidano sul regime giuridico dei diritti fondamentali, dell'ordinamento civile e penale e sulla funzione costituzionale del Servizio sanitario nazionale.